



TITLE:

日英医学教育の現代的課題と非医療系教育専門家の可能性：英国の事例にみる「アウトサイダー」の経験と役割を手がかりに

AUTHOR(S):

渡邊, 洋子; 米岡, 裕美; 柴原, 真知子; 鋳, 純香; 山口, 記世; 原, 摩利彦

---

CITATION:

渡邊, 洋子 ...[et al]. 日英医学教育の現代的課題と非医療系教育専門家の可能性：英国の事例にみる「アウトサイダー」の経験と役割を手がかりに. 京都大学生涯教育学・図書館情報学研究 2011, 10: 37-59

ISSUE DATE:

2011-03

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/139416>

RIGHT:

# 日英医学教育の現代的課題と非医療系教育専門家の可能性

—英国の事例にみる「アウトサイダー」の経験と役割を手がかりに—

渡邊洋子・米岡裕美・柴原真知子・鏑純香・山口記世・原摩利彦

Contemporary Issues of Medical/Clinical Education in Japan and UK, and  
the Possibilities of Non-Clinical Educationalists ; on the British cases of "Outsiders"

Yoko WATANABE, Yumi YONEOKA, Machiko SHIBAHARA,  
Sumika KASUGAI, Kiyo YAMAGUCHI, Marihiko HARA

## はじめに

本論は、「医学・医療教育は医師だけであるもの」<sup>1</sup>か、とのきわめて具体的・実践的な問いにもとづき、イギリスの医学教育現場で活躍する二人の非医療系教育専門家の経験と役割を考察するものである。当該分野の専門資格をもたない教育専門家が、専門職教育にいかなる存在として関わり、どんな貢献や影響を与え得るか、そこでの課題は何かなどの可能性を探り、今後の日本の現場への示唆を得ることを目指している。

現代日本の医師養成をめぐることは、多くの課題が指摘される。勤務医の負担が増大し、救急医療や基幹的医療を担う医師不足が深刻になる中、医学部の定員の拡大によって医師の増員を図ろうとする政策が進行している。このような動向を受け、医療現場では、臨床と後進の教育の双方に携わる勤務医を中心に、従来にない負担を強いられてきた。大学医学部や医科大学では「100名の定員が120名になったことはかつてもあった。しかし、当時と比較して、それぞれの学生に対する教育の負担は著しく増大している。かつてのように講義室を広くするだけでは対応できないのである。学生の増加は、むしろ医療現場で働く指導医たちに重くのしかかっている」という状況の下、「どんなに指導医が多忙でも、疲弊していても、やはり医師は医師でないと教育できないのであろうか」との素朴な問いも生じている<sup>2</sup>。

とはいえ、医師は、国や社会を問わず、古典的専門職の一つとして確立されてきた職種である。フリードソンは、産業化の進んだすべての国において、「他の職業に比べて医師の威信が高い」ことを指摘し、「医師は癒すという行為の象徴であって、その権威は他のすべての治癒職種に優っている」<sup>3</sup>とする。また「現代では、専門職が強い権限をもつ。特にその中でも医師は、長期にわたる知識や技能の習得を必要とし、高度な技術的知識階級として高い収入と尊敬を得ている」<sup>4</sup>というように、最先端の知識・技術を駆使する専門性と社会的責任の大きさ、それらに対応した社会的信頼や社会的ステータスの高さを誇る専門職と言える。医療者の世界では従来、医師が絶大なる権限と権威をもつことが自明視され、看護師や薬剤師、検査技師、理学療法士などとの医療チームにおいては、医師がリーダーシップを取って意思決定・指示・指導などを行うことが通例であった<sup>5</sup>。

日本の医療現場において医師はこのように、傑出した特別な存在とみなされてきた。小説

『白い巨塔』(新潮社、1969年)で描かれたほどの権力・階層構造は存在しないにしても、教授と准教授、講師、助教などのスタッフの序列、教授陣と医学生の間上下関係は、程度の差はあれ、何らかの形で存在続けていると思われる。それゆえ、「教える－教えられる」という教師主導型の教育関係に限って言えば、医師は飽くまで「教える」存在であり続けるのであり、医学生や若い医師は、(先輩)医師から「教えられる」ことはあっても、医師以外から「教えられる」ことは想定しにくいのである。

後述のような近年の医学教育改革によって状況はかなり変化したものの、医学教育機関や個別の医師(とりわけ指導医)が後進の育成に全面的に関わるというあり方は、基本的に堅持されている。すなわち、大学医学部や医科大学における医学教育(「卒前教育」)や病院・診療所など医療現場に出てからの生涯継続教育(「卒後教育」)において、「医学教育」とは「医師(だけ)が、医師や医学生を直接に指導する」ことを指しているのである。

医学教育では、成人教育学的に言うと、「卒前」ではアンドラゴジー(Knowles,Mら)よりも、ペダゴジー的な教育/学習のあり方や関係性が、そして「卒後」では、臨床現場での「正統的周辺参加」(Lave,J,&Wenger,E)による「医師」のあり方の体得や「わざ」の修得が自明視され、強く支持されてきた。大学では、「医学」の知識を伝授する営み(講義)自体が「教育」とみなされ、その修得に向けた膨大な「自学」が医学生に求められる。他方、臨床現場では、医療活動に参加していく中で、研修医や医学生には、指導医や先輩医師の「後ろ姿」から医師のあり方や「わざ」を「見て取る」「習う」「真似る」「盗む」ことが期待される。加えて、肝要で緊急な場面では時に、「怒鳴る」「叱る」など行為によって責任や自覚の重さを身体で伝えることも、インフォーマルな教育行為として行われてきた。

このような、ペダゴジー的・徒弟的な医学教育の伝統の中で、近年、医学教育の教育学的側面に注目し、医師として教育学の専門性を身につけようとする医師たちも増えてきた。そこでは、国際的に著名な欧米の大学で提供される学位プログラムや研修機会が活用され、医学教育の国際学会や国際ジャーナルへの積極的な参加・講読が見られ、メーリングリストなどを通して、内外の膨大な教育・研修情報が日々共有されている。「いい医師を育てたい」との信念をもつ医師たちが、並々な熱意と努力、絶大なる情報収集・処理能力とネットワーク力によって、教育学に様々な形でアプローチしてきたのである。

組織としては、日本医学教育学会をはじめ、複数の大学の医学教育関連のセンターが牽引力となり、全国規模の多くの研修機会が設けられるようになってきた。とりわけ「医学教育者のためのワークショップ(通称「富士研ワークショップ」)」<sup>6</sup>は医学教育学会主催(厚生労働省・文部科学省共催)で、医学教育に熱心で多大な蓄積をもつ医師集団の企画運営により毎年開催される研修機会であり、2010年には37回目を数えている。同種の研修機会も増え、研修に参加した医師が講師として企画立案する初学者向けの研修や、参加型の手法を多用し、カリキュラム開発や教授方法の演習を含む研修機会も多く見られるようになった。さらに同学会では、2009年から「医学教育専門家養成検討委員会」が設けられ、医学教育の認定医制度の導入や修士学位課程設置の実現可能性を模策している。

このような中、医学教育は「医師が教育学を学ぶことで事足りる」と見なされるような客観

的状況が、一部には確実に生じている。他方、冒頭で触れたような医師不足や指導医の過重負担という決して楽観できない現状の中でも、「医師の教育は飽くまでも医師のみで担う」との認識は、動かし得ない大前提として存在すると思われる。現時点では、次代の医師を育成するための医学教育に「医師以外の手を借りる」との発想は、医療系の他の専門職については検討の余地ありと認識されているものの、非医療系の専門職の参入については、現時点では「あり得ない」とみなされている。すなわち医師免許も他の医療に関わる免許・資格もない第三者は、医学教育でも飽くまでも「アマチュア」「部外者」である。たとえ教育学や関連分野において一定以上の専門性を有し、成果を挙げていたとしても、肝心の医学・医療に関わる基本的な知識・技術を欠落させている限りは「アマチュア」の範疇に含まれるのであり、医学世界に横たわる独自の価値観や感覚を共有し得ない点で、当初から「アウトサイダー」としてしか存在できないのである。

それゆえに、医学教育において教育学専攻者は、人材確保の際にも通常は、対象としては度外視される。この背景には、医学サイドの優越意識や先入見が指摘されるのみならず、教育学サイドに、「アウトサイダー」としての自覚とアプローチ方法が培われていないためと思われる。学問的には教育学より医学が絶対的優位にあるとの固定観念があり、「医学や医療の領域はわからないので口を出せない」と関与や努力を忌避し怠ってきた側面があることも否定できない。結果的に、教育学研究では医学教育実践が取り上げられることが乏しく、医学サイドが有用性を見出せるような研究的・実践的な貢献可能性も拓かれてこなかったのだと言えよう。

日本ではこのように、「医学教育」という概念を構成するはずの「医学」と「教育」の二つの領域に大きな断絶があり、その断絶の上に、医学教育が純粋に医師だけの手によって担われてきたと言えるのである。このような経緯は多かれ少なかれ、イギリスでも見られ、医師だけが医学教育を担うものとの認識が根強かったが、昨今の医学教育改革の中で、医師養成の方針が大きく転換し、非医療系教育専門家non-clinical educationalistが複数の医学校で雇用されることになった。

この非医療系教育専門家という範疇に含まれる人々は通例、医学校の正規・兼任スタッフとして、医師や医療系の同僚と協働して教育実践に携わっている。現段階では、全体的動向は把握しきれていないが、それらの人々の中に、純粋な教育学専攻者<sup>7</sup>が少なくとも数名は含まれていることが注目される。また、この一連の施策の中で、地域医療や患者中心医療に焦点化した取り組みとして、コミュニティ・ワーカー<sup>8</sup>を活用するケースも、見い出される。これらの人々は、飽くまでも新たな境地を拓いていこうとするパイオニアであり、まだ試行錯誤をしつつ、医学・医療者教育の直面する課題の克服と新たな連携の可能性に果敢に挑戦しようとする人々とも言えよう。

本稿では、以下の二部構成において、非医療系教育専門家の二つの事例に注目したい。まず、Ⅰでは、医師という職業と医学教育の日英の現状について概観し、可能な範囲で比較検討していく。とりわけ「どんな医師をどう育てるか」「だれが養成を担うか」に焦点を絞って、共通の現代的課題を抽出する。Ⅱでは、イギリスにおける非医療系教育専門家の事例に注目する。医学教育改革の具体的施策の下、医学／医療者教育の現場に関わることになった教育学専攻者

とコミュニティ・ワーカーの二つの事例を、「アウトサイダー」という視点から跡づけ、考察する。これらを通して、日本における非医療系教育専門家をめぐる可能性と課題について、若干の示唆を得たい<sup>9</sup>。（以上、渡邊洋子）

## Ⅰ 日英医学教育をめぐる現状と課題

### 1 日英医学教育の現段階

#### （1）日本の場合—医師という職業をめぐる現段階—

現代日本の医師とはどういう存在だろうか。以下、医師が就業者全体の中でどれほどの割合を占め、また、どのような現状と課題があると認識されているのかを整理し、日本において職業としての医師がどのような位置づけにあるのかという見取り図を示す。

日本において医師は、国家によって厳格に規定され、管理されている専門職の1つである。まず、医師法という単独の法律が制定され（昭和23年法律第201号）、医師の役割、免許試験、臨床研修、業務等について規定されている。この法律によって、医師でなければ医業を行ってはならないこととされている（医師法第17条）。そして、医師となるためには、医師国家試験に合格し、医籍に登録したうえで、厚生労働大臣の免許を受けなければならない（医師法第2条、第6条）。さらに、2004（平成16）年、医師法の一部改正により、診療に従事しようとする医師は、国家試験合格後、2年以上の臨床研修が義務付けられた（医師法第16条の2）。このように、医師という職業の枠組みは法制度で規定されているが、これは、医療行為が他者の身体に対する侵襲行為であるからである。このような行為は、人の身体を傷つけ、あるいは体内に接触する行為であり、通常であれば刑法に抵触するが、法令又は正当な業務による行為として、刑罰の対象から外されている（刑法第35条）。このため、国家による厳重な管理のもとで許容されているということもできる。

この医師法に基づいて医師となっているすべての医師が、医療機関での医療に従事しているわけではない。医療機関で医療行為を行う医師は臨床医と呼ばれ、それ以外に、基礎研究医、産業医、法医学者、保健所長などに医師が就いている。では、実際にどれだけの医師がいるのか。『厚生労働白書』によれば、医師数は年々増加しており、2006（平成18）年には277,927人である<sup>10</sup>。2009（平成21）年の「労働力調査」によると、我が国全体の就業者数は2009（平成21）年では6,282万人なので、全就業者からみれば、0.4%程度が医師ということになる。産業別でみれば、医療、福祉従事者は621万人であり、全就業者のうち、一割程度が、医療、福祉関係の業務に従事し、さらにその4%程度が医師である。一方、同調査を職業別にみた場合、医師は、技術者、教員と並び保健医療従事者として、「専門的-技術的職業従事者」に含まれる。「専門的-技術的職業従事者」数は、968万人である。

総体としての医師数は年々増加傾向にあるものの、医療の現場を見ると、産科、小児科などの診療科やへき地等で医師不足問題が深刻である。この現状を受け、2006（平成18）年、厚生労働省、総務省、文部科学省の3省において「新医師確保総合対策」が取りまとめられ、医師不足の問題の整理と対応策が検討された。ここではまず現状として、地域間、診療科間、そして、病院・診療所間での、医師の偏在の問題が指摘された。すなわち、西日本より東日本では

人口10万人あたりの医師数が少なく、小児科医、産科医の数が需要に比べて少ない、また病院勤務医の繁忙感が深刻化し、病院・診療所の間で医師の偏在があるというのである。このような現状を背景に、激務やリスクを回避しようとする医師の意識の問題、および臨床研修の制度改革などで大学病院の地域医療機関への医師紹介要請への対応が困難になってきていることが指摘されている。

以上のような現状認識を受けて2007（平成19）年、その対策として「緊急医師確保対策について」が、政府・与党において取りまとめられた。そこには、緊急臨時的医師派遣や病院勤務医の過重労働の改善、女性医師等の働きやすい職場環境整備、臨床研修病院の定数見直し、医療リスクに対する支援体制の整備、医師不足地域や診療科で勤務する医師養成など6点に関して対策が盛り込まれた。この「緊急医師確保対策」を踏まえ、医師確保対策予算が組まれ、その額は、2008（平成20）年度が161億円、2009（平成21）年度が272億円にのぼっている。

（以上、米岡裕美）

## （２）イギリスの場合—医学教育改革の歴史的変遷

では、イギリス社会において医師は、どう位置づいてきたのか。同国の医学教育は、日本とはかなり異なる歴史的・文化的背景をもって発達してきたものであり、地域ごとに医療制度にも独自性がある。それゆえに日本との比較は決して容易ではないが、近年、イングランドを中心にみられる新たな改革動向は、注目に値する。ここでは本論の議論の土台として、1950年代から本格的に取り組まれてきた「英国医事委員会（General Medical Council, GMC）」を中心とした医学教育改革の歴史的変遷を概観する。

イギリスにおける「医師」という専門職は、主に地域と密接した一般開業医（General Practitioner）と病院勤務医に分けることができる。中世以来のジェントルマン文化を背景として、聖職者・法曹と並ぶ最も古い職業の一つであるとされる。「医師」という一つの専門職としてその社会的地位や専門性が規制されるようになったのは、1858年の民間専門職団体「英国医事委員会」の設立以降である。同委員会の権限は、「医事法（Medical Act）」に規定されており、イギリス国内で医療実践を行う医師（2011年現在では、様々な医療従事者）の免許授与に関する規制や勧告を行うことで、医療の質の向上と保持に貢献するものと位置づけられている。

しかし、同委員会が医師資格授与のみならず、医学教育をも統括するようになったのは、1983年の医事法改正以降である。英国における医師養成は主に高等教育機関で行われ、臨床現場では近代以降、他の多くの職業や専門職と同様、「徒弟制度」に基づく育成・訓練が行われてきた。そこでの学習は、「壇上の賢人から学ぶ」「脇から見ることで学ぶ」「恥をかかせることによって学ぶ」<sup>11</sup>と表現されるような教師主導型であったとされる。また、徒弟制度を背景にもつ臨床現場での医師養成は、担当する医師自身に専ら任せられるという特徴を、現代に至るまで残している。

このような独自の医師養成の歴史的・文化的背景のために、イギリスでは医師養成を制度的に規制・整備するといった取り組みは遅れた。1948年には労働党政権の下で「全国保健サービ

ス (National Health Service, NHS)」が設立され、イギリス医療制度が整備された。しかし、医師養成の側面をみれば、1953年医事法改正までは、医師資格を取得した人はだれでも、いかなる分野であっても、指導・監督を受けることなく独力で医療実践を行うことができた。つまり、何が優れた医療実践であり、そのためにはどのような専門的知識・スキルの獲得が不可欠であるのか、医療実践の担い手である医師はどのように育成されるべきなのか、といった問いは個々の医師に委ねられていたのである。

このようななかで、1957年に「英国医学教育学会 (Association for Study of Medical Education)」が創設され、医学教育についての体系的な研究・整備が着手された。また1960年代になると、王立医学教育委員会 (Royal Commission on Medical Education) によって「登録前期間 (pre-registration year)」が設けられ、医学教育改革が本格的に開始された。この改革は、講義を中心とする卒前教育では不十分であるとの認識の上に、学生が卒前教育を修了後に「研修医」として、臨床中心の専門職的訓練<sup>トレーニング</sup>機会を得ることを可能にするものであった。同委員会では、旧来の医学教育が知識重視型でかつ教師主導型であるがゆえに、学生に過重な負担が課されることを問題視した。そのような教育は、自立的に知的探究を行う力の獲得を妨げ、臨床に入る前の理論・知識中心の学習と臨床での学習とを分断し、それらの有機的な相互連関への配慮に欠けるものであると、批判的に問い直された。

しかし、1960年代のこれらの制度的改革は、現場での研修医の指導・学習の改革を導くものではなかった。臨床において研修医は予備的な仕事を行う立場と見なされ、研修医らが必要とする指導・監督が適切に行われず、学習ニーズへの考慮が十分でない場合が多々見られたとされる<sup>12</sup>。この問題を受け、1983年医事法改正では英国医事委員会が、卒前教育からそれ以後の専門職教育に至るまで、あらゆる段階の医学教育を管轄することが定められた。そこで述べられた同委員会の目的とは、「医学基礎教育修了資格を授与するにあたって必要な知識・スキルの範囲を定め、イギリスの関連機関に指示や連携の下での医師資格を目指す人びとへの指導を、それらの知識・スキルを身につけるのに十分な水準で確実に提供されるようにすること」<sup>13</sup>であった。同委員会は以後、現在に至るまで、医師資格の管理・運営とともに、医学校や卒後教育・訓練のための基準の設定、勧告、実態調査等を行う独立民間機関として、影響力を強く有してきた。

近年、特に2005年以降の医学教育改革は、卒後教育に焦点化されてきたと言える。同年には「卒後医学教育・訓練委員会 (Postgraduate Medical Education and Training Board)」が設立され、卒後医学教育プログラム、カリキュラム、評価査定の承認、プログラム修了証の発行、実態調査・報告等が行われた。同委員会は2010年4月に英国医事委員会に合併された。同年にはまた、「医師キャリアの現代化 (Modernizing Medical Career)」と呼ばれる政策が打ち出され、卒後教育階梯が改革された。これらの改革は、従来の研修医制度のもとでは、「明確な教育的・キャリア上の経路が示されておらず、教育的目標も不確定で、資格取得のためにかけることのできる時間についての規定もなく、医療奉仕と専門職訓練の間の区別がなかった」<sup>14</sup>点を改善しようとするものであった。

このように現代イギリスの医学教育は、教師主導型で徒弟的な性格の強い旧来の医学教育が、

医療を取り巻く現状に対応しきれないことから、新たな医学教育への転換期にある。現代社会における医師には、高度な知識・技術を獲得するだけでなく、更新し続けることが求められ、様々な医療専門職者の中での適切なリーダーシップの発揮、医療倫理や患者とのコミュニケーションへの十分な配慮などが期待されている。英国医事委員会が2006年に『すぐれた医療実践 (Good Medical Practice)』を発表したことから示唆されるように、医学教育が目指すべき「すぐれた医師像」を可視的に理解し、その実現を目指すべく、医学教育制度の改革が進められており、その線で、必要な教育・学習の再編成が求められているのである。(以上、柴原真知子)

## 2. 日英における医学教育の動向

### (1) 医師養成政策の現段階—臨床研修制度創設と見直し

前述のように、日本において医師という職業は、法制度によってその枠組みが決定され、数や配置などのその運用が、政策的課題となるものである。ゆえに、ここでは、医師養成に関する制度や政策動向を整理することを通して、日本の医師養成の特徴（医師とは、どのような人格、能力を備えていることを要求されているのか）を検討する。

医師となるには国家試験に合格する必要がある。国家試験の受験には、大学の医学部を卒業するか、医師国家試験予備試験に合格後、1年以上の診療及び公衆衛生に関する実地修練を行うか、外国の医学部を卒業し外国で医師免許を受け、厚生労働大臣の認定を受けなければならない。そして、診療に入るには、国家試験合格後に臨床研修を行う必要がある。したがって、臨床医となるには、義務教育修了後、最短で高校3年間、大学6年、臨床研修2年の計11年かかることになる。このような医師養成制度については、2004（平成16）年の臨床研修の必須化を皮切りに、その見直し、大学での医学教育の改善など、近年、制度面での改革が進んできている。

まず、臨床研修制度については、1946（昭和21）年に実地修練制度、いわゆるインターン制度が創設された。ここでは大学卒業後、国家試験受験資格のための義務として、1年以上の実地修練が定められた。その後、1968（昭和43）年に同制度が廃止され、臨床研修制度が創設される。この制度では、医師免許取得後、2年以上の臨床研修が努力義務とされた。これが2004（平成16）年に見直され、診療に従事しようとする医師に対し、2年以上の臨床研修が義務化されたのである。当時、努力義務であった研修は8割以上の医師が受けていたが、地域との接点が少なく、専門の診療科に偏っていた。また、多くの研修医の処遇が不十分で、アルバイトをせざるを得ず、研修に専念できない状況があった、出身大学に関わる研修が中心で、内容や成果の評価が不十分などとの問題が指摘されていた。

これらの問題に対し、次のような制度改編が行われた。診療を行う医師には臨床研修が必修とされ、同時に、研修中の医師の処遇が考慮されたうえで、研修中は研修に専念することが義務とされた。また、臨床研修未修了者の診療所開設には、知事の許可が必要となり、病院・診療所の管理は臨床研修修了者に限定するなど、臨床研修を重視する制度改正が行われた。研修の実施に関しては、必修科目が設定され、研修医と受入病院とのマッチングが行われるように



なった。これらの改革は、医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得させるとともに、アルバイトをせずに研修に専念できる環境を整備するという基本理念のもとで、行われた。

制度導入から5年を経た2008（平成20）年4月、省令改正による制度の修正が行われ、さらに同年9月には「臨床研修制度のあり方に関する検討会」が開催され、翌2009（平成21）年2月、意見が取りまとめられた。同検討会は、制度導入以降、多くの病院で研修医の受入れ・指導の経験が積み、そのノウハウの蓄積・共有化が進み、また、複数の診療科をローテートすることで、研修医の基本的な診療能力に一定の向上がみられる点を挙げ、全体として制度の基本理念が実現しつつあると評価した。同時に、次のような課題も指摘された。それは、各病院が特色ある研修を展開していく上で、研修プログラムの基準の見直しが必要であること、多くの診療科での研修を一律に課すことで研修医のモチベーションが損なわれる面があること、医学部教育改革の動向と臨床研修制度が十分に連動しておらず調整が必要であること、受け入れ病院の指導体制等に格差が生じており臨床研修の質の一層の向上が必要なこと、大学病院の医師派遣機能が低下し地域における医師不足問題が顕在化していること、募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し研修医が都市部に集中していることなどである。

このような状況を踏まえ、「医師としての人格の涵養と基本的な診療能力の修得」という制度の基本理念・到達目標を前提として、同検討会は次のような基本的な考え方に立った制度の見直しを要請した。それは、①研修医の将来のキャリア等への円滑な接続が図られるよう、研修プログラムを弾力化する、②卒前・卒後の一貫した医師養成を目指し、研修の質の向上や学部教育の充実を図る、③医師の地域偏在対応、大学等の医師派遣機能強化、研修の質向上等の観点から、募集定員等を見直す、の3つである。

この基本的考え方に立ち、臨床研修制度について、以下のような改正が行われた。まず、研修プログラムの弾力化である。国が定める必修の研修を7科目（内科、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療）から、3科目（内科、救急、地域医療）にとどめることとした。また、基本的な研修を1年目に行い、2年目から専門の診療科での研修を行うことも可能にした。さらに、2年目の地域医療研修を必修とした。また、将来、産科、小児科を希望する研修医を対象とする研修プログラムを用意するなど、基本的な診療能力の向上、地域医療の確保に向けた見直しが行われた。

また、研修の募集定員や受入病院のあり方が見直された。これは、大学病院での臨床研修を受ける医師の減少に伴い、地域における医師不足につながったことへの対応である。具体的には、基幹型臨床研修病院の指定基準を強化した。さらに、研修病院の募集定員は、受入実績や医師派遣実績を勘案し、都道府県別の募集定員上限と調整されることとなった。

一方、同検討会において、医学部教育改革の動向と臨床研修制度が十分に連動しておらず、双方の調整の必要性が指摘されたことから、大学医学部の教育を所管する文部科学省において、医学教育の改善を検討する「医学教育カリキュラム検討委員会」が発足し、2009年（平成21年）5月、意見が取りまとめられた。同委員会では、医学教育は着実に改善しているが、なお、臨床実習の内容・程度に格差があり、特に医学部6年時は国家試験対策から臨床実習が形骸化し、

また教員の多忙化による指導体制、研究活動への影響が出ているという問題が指摘された。このような問題、及び医師不足問題への対応や臨床研修制度の見直しの方向性を踏まえ、次の5つの点から、施策の方向性と講じられるべき方策が示された。

第一に、基本的診療能力の確実な取得と将来のキャリアの明確化という方向性が掲げられた。このための方策として、臨床実習の最低単位数の明確化、到達目標に明確化、体系的教育の重視などが提案されている。第二に、地域の医療を担う意欲、使命感の向上が掲げられた。そして、地域医療機関と連携し多様な現場に触れる機会の系統的設置、コミュニケーション能力、意欲の向上といった方策が提案された。第三に、基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養という方向性が示され、そのために、研究者養成の重点コース、MD-PhDコース等実際の研究に携わる機会の提供、基礎と臨床を関連づけた横断的・統合的な教育の重視という方策が提案されている。第四に、学習成果を生かす多面的な評価システムの確立という方向性と、教養試験の位置づけの明確化、証明書発行、実習実施履歴の記録システム、国家試験の見直しという方策が示された。第五に、医学教育の充実に必要な指導体制の強化という方向性と、そのための方策として、地方医療機関や各地方自治体との連携を深めながら、大学教員の勤務環境を改善することなどが提案された。

以上のように、日本の医師養成制度は近年、大きな見直しが行われている。そこに共通するのは、地域医療の確保が大きな政策課題であるという認識であり、地域医療の確保のためには、質・量両面からの医師の確保が重要だという認識である。そして、医師の確保には、医師の絶対数と配分、医師個人の能力と人格、勤務環境の3つが大きく影響するとみなされており、このような認識に基づいて、一連の改革が実行されたと言える。すなわち、新臨床研修制度の創設は、基本的診療能力など医師の能力に関わると同時に、研修医の勤務状況の整備が喫緊の課題であった。また、臨床制度の見直しやそれに引き続く大学での医学教育の見直しによって、必修科目の整備を通じた医師が備えるべき能力と態度の見直しが行われると同時に、産科、小児科や地域への適切な配分の適正化も目指されている。

ここで特徴的なのは、医師養成が、大学病院と地域医療機関を含む、日本の医療機関全体を見渡す中で計画され、設計されているということである。地域間だけではなく、診療科の配分や内容に及ぶ設計が政策的に行われているというのは、医師という職業の特徴の1つであると言える。(以上、米岡裕美)

## (2) 現代イギリス医学教育改革—医事委員会『明日の医師を育てる (Tomorrow's Doctors)』から

現代イギリスの医学教育改革は、19世紀以来、医師資格を統括する医事委員会 (GMC) によって担われてきた。近年同委員会が発表した政策文書『明日の医師を育てる』<sup>15</sup>からはその改革動向の主要な要素をみることができる。同文書は、卒前医学教育の改革に関する勧告を行うもので、本論で焦点化する非医療系教育専門家の医学校・大学病院等での採用など、近年の医学教育改革の指針とも言えるものである。医学教育の第一歩である「卒前」教育を勧告対象としつつ、研修医等として臨床現場で働きながら学ぶ「卒後」を見据え、卒後教育がいかに

充実したものになるかの基礎に卒前教育を位置づけた点に特徴がある。

『明日の医師を育てる』は、1993年に第一版が発表されて以降、2003年、2009年と改訂が重ねられてきた。同文書を通して英国医事委員会は、卒後医学教育における教師主導型から学習者主導型への転換の必要性を提起し、教育・指導・研修の目的、プログラムの企画・実施、評価査定のあり方、指導者のみならず、支援側である医学校や臨床での実習に関わる全国保健サービス（NHS）、学生をも含めた当事者の役割と義務などについての勧告を行ってきた。同文書の形式は出版年によって異なるものの、2009年度版は勧告内容が、各医学校が準拠しやすい評価項目（criteria）形式で示された<sup>16</sup>。改革の動向を顕著に示すと考えられる主要な勧告内容は、以下の2点に集約することができる。

#### ● 教師主導型から学習者主導型への転換—卒前教育の革新

初版の『明日の医師を育てる』（1993年）ではまず、既存の医学教育における情報・知識の偏重による学生の過重負担を減らし、「自己教育（self-education）」<sup>17</sup>のための能力・スキルを身につけることの必要性が提起された。2003年以降は、新しい医学教育における学習の捉え方を示す用語として「自己主導型学習（self-directed learning）」<sup>18</sup>が用いられ、「学生が自身の学習活動とニーズを組織・編成し、維持・管理することに責任をもつプロセス」<sup>19</sup>と定義づけられ、卒前医学教育において自己主導型学習の機会を十分に確保しなければならないことが勧告された。

『明日の医師を育てる』の基本姿勢とは、従来の教師主導型の医学教育から学習者中心の医学教育へと変革することにある。ゆえにその勧告内容は、現代に求められる医師像にはじまり、学習者中心の教育体制の必要性、そして新たな医学教育を実現するためのカリキュラム編成、教授活動（teaching）、評価査定（assessment）についての基本的な考え方などで構成される。1993年版では「コア・カリキュラム」すなわち「卒業までに習得されるべき極めて重要な知識、スキル、適切な態度」<sup>20</sup>を各医学校が具体的に定めるべきとされ、現在、多くの医学校がこのカリキュラム体制を採用している。2003・2009年度版ではさらに、学生が個々の関心に沿った領域を深く探究できることを目指して「カリキュラムの学生選択項目（student-selected components, SSCs）」が新たに提起されるなどしている。

このような提起は、単に卒前教育の「仕組み」を変えるだけのものではない。同文書は、医学教育実践それ自体を変えるものであるとの認識を示し、新しい学習・教授（learning and teaching）についての勧告を示している。それらは、学習リソースと設備や学習支援、ガイダンス、フィードバック、評価査定などにまで及び、2009年度版には新しい卒前医学教育を担う指導・研修担当者の研修機会の充実などについても勧告がなされた。さらに、これらの新たな医学教育実践の展開にあたっては、「現代の教育的理論と調査研究を、教えることと学ぶことに反映させなければならない」とされ、新たな医学教育実践を教育学からの示唆を得ながら構築することの必要性が提起された。

### ● 生涯継続的専門職発達のための教育・学習の提起—新しい卒前教育

『明日の医師を育てる』では、生涯継続的・専門職的な発達（development）の視点から新しい卒前教育が提起されていることが、注目に値する。すでに1993年の時点で、「卒前教育は、生涯にわたる専門職を通して継続される医学教育の最初の段階と見なされるべきである」<sup>21</sup>とされ、具体的な教授活動もこの点を考慮すべきと指摘された。同文書の勧告のねらいは「過重負担でかつ教え込み主義的という現存する欠陥を修正するようなカリキュラムの発展を促すこと」<sup>22</sup>であり、「専門職者としてのキャリアを踏み出そうとする卒業生は、新たな知識を獲得・応用できる能力や動機、予測できない変化する状況に適用できる力を身につけられるようにする」<sup>23</sup>こととされた。このように、卒後教育では、学習者個人が各々の専門職的な発達課題に沿った学習課題を自ら設定し、適切な方法を選びながら学習機会を得ることが重視されている。

このような視点から、旧来の卒前医学教育における学習・教授の在り方は多方面から問い直され、新たなあり方が提起された。例えば、従来の医学教育では、臨床（現場）に入る前の講義中心の学習と、臨床での実習・研修とが断絶していた。これに対して、『明日の医師を育てる』では、臨床前と臨床での学習（pre-clinical and clinical）との有機的な結びつきが重要であるとされ、2003年・2009年度版では「統合的な教授（integrated teaching）」が新たに提起されている。

以上のような教授活動により、医学生は「科学的知識と臨床上での経験をどう組み合わせればすぐれた医療実践を促しうるのかを知ることができる」<sup>24</sup>とされた。2003年度以降は、より具体的な教育・指導が示される。例えば、指導者のロールモデルとしての役割やキャリア・アドバイスなど医学校における支援体制の充実、小グループ学習の取り入れ、徒弟制度でも伝統的に用いられてきた臨床現場での「模倣（shadowing）」やチームワークを重視した異業種専門職者や学生との協働による学習の活用などである。（以上、柴原真知子）

## II 非医療系教育専門家の経験と存在意義 — アウトサイダーとしての二つの事例

イギリスでは、医学教育改革の一環として1983年以降の一定期間、非医療系の教育専門家を医学・医療者教育の現場に送り込むとの試みを行った。これは体系的施策というよりは、期間内に医学校に医学・医療者教育の専任ポストを配置することを奨励し、その財政支援を行うというものであった。この助成金が、非医療系教育専門家を現場に招き入れるインセンティブとして投入され、次の段階には、自ら支弁してそのポストを維持するか否かの判断が、医学校に委ねられた。以下、「アウトサイダー」の事例として取り上げるGoodsmanもWykurの両氏（以下、敬称略）も、この施策によって生み出された非医療系教育専門家である<sup>25</sup>。

### 1 アウトサイダーの経験と役割① — 教育学専攻者Dane Goodsmanの事例

#### （1）医学・医療者教育への参入の経緯

ロンドンにある医学校の現職の上級講師Dane Goodsmanは、医学・医療者教育への参入以前に、教育学の博士号を取得し、大学の教育学・教育研究学科で教鞭をとった経験を持つ。Goodsmanは、1990年代初頭から医療教育に関わり、当初は医学部の学部長が設けた卒後の研

修の監督者の立場から、医学教育における経験を積むこととなった。その職は当時、「卒前医学教育カリキュラム実施支援計画」(Undergraduate Medical Curriculum Implementation Support Scheme, UMCISS)の財政支援によって医学部・歯学部に新たに導入され、公募されていたものであった。

一番初期の段階では、学部におけるGoodsmanの立場は、教師教育者としての役割を前面に出したものだ。Goodsmanは医学・歯学学校の学生監や学部長の助けを借りながら、大学に認められるような教師教育の研修プログラムを開発した。しかし、おそらく最も重要なのは、そのような同僚、仲間との関わりあいやGoodsmanの専門領域であったエスノグラフィーの学問的背景と医学・医学教育との相互作用を通して、Goodsmanが医学教育の教育的活動と文脈を把握し、医学教育の全容('totality')を学んだことであるという。

## (2) アウトサイダーとしてのアプローチ — エスノグラフィーの観点から

Goodsmanは、エスノグラフィーを自身の専門性の土台として、医学教育の世界でアウトサイダーとしての役割を果たしている。つまり、医学教育の世界の中でエスノグラフィーの観点から出来事に関わることで医学教育について学び、教育的活動とその文脈から医学教育の諸要素を捉え、分析している。そこから得た知見を基にコースハンドブックを書くなど、研修プログラムを作り、医学教育を再構築して、教育学(エスノグラフィー)の観点から、生成された知を医学教育の現場に生かしているのである。ここでは、まずエスノグラフィーの観点とはどのようなものであるかを明らかにした上で、その実践を経て見えてきた医学教育を構成する諸要素とその分析、そして、アウトサイダーであるGoodsmanが、どのように医学教育に関わっているかを考察したい。

エスノグラフィーは日常生活の文化人類学の研究方法であり、異なる文化に自ら参与しつつ、見聞きした資料によって体験した出来事を分析、記述する営みである。それは「従来の枠組みをはるかに超えて、現代社会で生々しく進行しているあらゆる現状に直接リンク」できるものであるとされる<sup>26</sup>。

エスノグラフィーの方法論はあらゆる社会的な出来事が、独自に意味とコンテキストを持つという土台に立っている。その方法論は対象と直接関わりつつ自ら感じ、思い考えてみようとするフィールドワークを要とし、きわめて実践的な研究方法である。

また、分析における記述は体感的、経験的なもので、研究者は対象となる異文化の中に飛び込み、生身の人間と相対して感情も含めた相互に人間的な関係性を築く。つまり、エスノグラフィーの知は研究者と対象の関係性、相互作用の中から共同生成される。

エスノグラフィーにおける研究者の姿勢について、松田素二は「異文化の中に自分の居場所を築きながら、相手を理解しようとする手法をとる。それは単に居場所を作るだけにとどまらない。異文化世界における「異物(ストレンジャー)」として、フィールドワーカー自身が周囲に働きかけ、また働きかけられ」るのだという<sup>27</sup>。このようにエスノグラフィーの研究者が、異文化を「内側」から意味あるものとして取り上げる態度は、Goodsmanが医学・医療者教育における自分の立ち位置に関して言及した「内側からの解釈者(inside interpreter)」という

表現と一致するものである。

Goodsmanはこのような立場から医療教育の要素を分析し、様々な問題点を挙げる。

医学教育の研修期間は他の専門職に比べても際立って長い。医師は卒業後も自身の専門性の向上のために人生の中の膨大な時間を研修に費やさねばならないのである。では医師が長い期間、身を置く医学教育とは、どのような学びの場であるのだろうか。

まず、医学教育は知識基盤型である。医学は今日ますます広範で多様な科目を抱え、必要な知識は増大している。つまり、高度情報化の時代であるにも拘らず、医師はそれぞれ断片的で複雑な情報をたくさん頭に詰め込み、「知っている」ということが要求される。

そして、その学習方法は教師主導である。学習者である医師は長い研修の期間、学習において客体であり続け、教師には依存的である。しかし、医師であることは、医学の知識を持っていることとイコールではない。医学の世界の日常的慣習や常識、技術などと深く関わり、あらゆる経験の中で医師の文化を身体化していくのである。そして優れた臨床医になることには、そういった世界の中で自ら判断を下す能力の向上が主軸にある。よって、日常から切り離された教師主導の教育プロセスは、医師の実践的に重要な技術の学びにとっていい影響は及ぼさないと考えられるのである。

また、医学教育は基本的に理論的立場を重視する。医学の土台としてのパラダイムは科学であって、科学の説明や因果関係、規則を重視する実証主義的な知識の形式は、知識基盤の医学教育に適する。しかし、理論的な立場からの教育のアプローチは必ずしも現実合っているわけではない。例えば医療の現場における危機は医師の判断によって引き起こされ、その判断は理論的な「真か偽か」で測れるものではない。医師に必要とされるのは、実践を基にどの判断が最も適しているかを探究し、掘り下げていくようなものである。

また伝統的な医学教育の特徴として、教師から学習者に知識が手渡されるような形式で学習が行われてきたという面がある。その一方、知識を合成するような学びや、経験、技術、責任や価値などの、多元的な実際の活動においては、単に知識を伝える／受ける、または正しい／誤りなどの簡単な二分をはるかに超える複雑さがある。事実、ただ断片的な知識を詰め込んでいくのはきりが無いし、すべての知識を覚えるのは不可能である。知識の獲得は量的なものだけでなく質的なものでもある。必要なのは学びによる変容であり、知識に限らず、学ぶことについて、または学習者としての心理的・感情的な学びの存在を知ることでもある。

また医学には科学かわざかという葛藤がある。人間を相手にした医療の現場は多様性を持っており、科学だけでは対応できない。経験豊富な年配の医師は「わざ」が医学の現場の仕事の中心にあると認識している。現場では、あらゆる知識を知っているということが良い診察につながるわけではない。むしろ経験の中で、自己の行動をふり返り、そこから得た反省を新たな行動へ活かしていくような自己の教育的な過程を意識することで、より良い診察へ導くことができるのである。ここに研修の訓練と教育の大きな違いがある。訓練は既知の結果に向けて教え導くが、経験による教育は既知の範囲を超えて、新たな発見と探究を包括するものである。

以上のように、Goodsmanは教育学の実践的視点から、現場で必要とされる医師の専門性と、現状で医学教育によって長期にわたって提供されている学習様式の乖離を指摘した。以上の問

題点をふまえ、Goodsmanの企画・運営する研修では、教師に対し、従来の教師依存的な学習ではなく、学習者の内にある学びの力を引き出すような教育の在り方を提示し、教え—教えられる（もしくは医者—患者の）などの人と人の関係性に自覚的であるよう促すような意識の変革、伝達と学びの空間の再編成など、教師の側に学ぶ側への共感や視点の転換を課すことで、より良い学習の機会を提供することを目指している。

Goodsmanはアウトサイダーとして医学教育の世界に内側から関わり、その相互作用によって学びのあり方を編みなおすことで、現場と知識をつなげていくような実践を可能にしていると言える。そして、医師が主体的に経験と知識を応用していけるような学習者としての意識を持ちながら、生涯にわたって学び続けることを可能にする。

また「教え—教えられる」の関係性の再構築は、単に教師教育の向上にとどまらず、医師と患者の関係性の捉え方にも拡張できるような転換である。このようなGoodsmanのアプローチは、医学教育の構造の変革にとどまらず、最終的に医師の専門性を問い直すようなものであると言えるのではないだろうか。（以上、鏖純香）

### （３） 非医療系教育学専攻者としての医学／医療者教育実践

非医療系教育学専攻者であるGoodsmanが、1990年代初頭の医学教育参入時より医学／医療者教育において行ってきた仕事は主に、指導医のための研修プログラムの企画・実施や、医師の教育・指導実践への支援である。ここでは、Goodsmanの論考及びインタビュー記録を手がかりとして、①彼女が医療の世界に特有の指導者研修の在り方をどのように理解し、②その理解に基づいて、医学／医療者教育に対しどのような働きかけを必要としていると捉えてきたのか、そして③具体的にどのような機会の提供に携わってきたのか、の三点に焦点をあてて、非医療系教育学専攻者としての医学／医療者教育への貢献の在り方について検討する。

#### ① 非医療系教育学専攻者としての医学／医療者教育理解

Goodsmanの教育学専攻者としての専門領域は、教師教育（teacher education）である。イギリスにおける教師教育は、高等教育機関における教員養成プログラムだけでなく、新米の教師のための初期研修や生涯継続的な専門職的成長・発展のためのプログラムを包括するもので、職場である学校や教室での指導・研修が重視される。Goodsmanは、専門職教育のひとつである教師教育の枠組みでもって、医師養成の場面を理解し、応用の余地を検討することから、非医療系教育学研究者としての貢献の在り方を探究してきたと考えられる。

教師教育と医学／医療者教育との共通点は、「現場に根差す」という点にある。教師が教室での授業を通してこそ、専門職者としての力量を獲得してくのと同じように、医師もまた病棟や手術室、診療所でこそ育つものである。しかしながら、教師教育は現場での研修機会が体系的に整備されてきた一方で、医学／医療者教育の場合は、現場での研修・指導はその場限りのものであることが当たり前であった。そして、「医師は現場で学ぶもの」との認識がある一方で、学習機会を前もって計画したり、充実させるために意識的な取り組みをすることは、指導医の役割の範疇であるとは考えられてこなかったのである<sup>28</sup>。

## ② 非医療系教育学専攻者としての医学／医療者教育支援

Goodsmanの非医療系教育学専攻者としての医学／医療者教育への貢献とは、①で述べたように教師教育を専門とする教育学専攻者の視点を活かした課題の把握と、その解決のための支援であるとみることができる。特に、Goodsmanは、現場での指導・研修が「その場限り」となっている医療の世界においては、D・ショーンが提起した「行為についての省察（reflect on action）」の機会を提供することが、重要であるとしている。

「行為についての省察」とは、専門職者が自らの実践（行為）について行う振り返りである。ショーンが述べるように、専門職実践とは暗黙的であり、多様さと複雑さをもつがゆえに専門職者は自分が日常的に行う専門職実践について自覚していない場合がほとんどである。これに対して、「行為についての省察」はそれをより可視的にし、自らの実践についてのより深い理解と新たな実践の在り方の探究を可能とするものである。

指導医などの教育・研修担当者に当てはめるならば、自分はどのように教えたのか、どうしてそのように教えたのか、それはどのような影響を持っていたかなどについての手がかりを「行為についての省察」から得ることができる。つまり、「その場限り」とされる医学／医療者教育であっても、指導医は「行為についての省察」の機会をえることで、意識的に学習機会の有効さや改善策などについて検討することができるのである。

## ③ 医学／医療者教育支援の具体例——対一の指導医研修と「ハンドブック」の開発

Goodsmanの医学／医療者教育における役割の柱は次の二つである。ひとつは、一対一で指導医の様子を「観察し、フィードバックし、ともに省察する」という研修機会の提供であり、もうひとつは指導医のための実践的な「ハンドブック」の開発である。

まず、一対一で行う指導医研修は、Goodsmanが1990年代初頭の医学教育への参入時より継続している役割のひとつである。ここでGoodsmanは、指導医がどのように指導を行っているか、学生・研修医の反応はどのようなものかを観察し、指導終了後、観察したことを指導医にありのままに語る（a narrative）で、「振り返り」のリソースを提示し、そのリソースを用いながら個々の指導医のニーズに基づく課題の把握や解決策を議論しているという。

Goodsmanは、この一対一の指導医研修を積み重ねていくなかで、医学／医療者教育において考慮されるべき四つの側面を提起している。

1. 対人関係のスキル	学習者の学びの可能性を最大限に引き出せるような対人関係を築くスキル。学習者の視点に立って指導・研修の在り方を考える際に重要となる。
2. コミュニケーション・スキル	言語によるものだけでなく、学習材料の提供の仕方や機器類の使用などにも関わるスキル。学習を促すための行動や相互作用を助けるものである。
3. 学習の場のマネジメント	学習の場となる病棟や手術室、診察室などを工夫して活用することで、確実に学習機会を提供し得るように管理・運営すること。
4. 学習者のマネジメント	臨床を学習の場とすることが多い医学／医療者教育ではときに学習機会に不均衡が生じるが、これをできるだけ解消し、個々の学習者が十分な学習機会を確保できるように管理・運営すること。



Goodsmanのもうひとつの主要な役割のひとつである「ハンドブック」の開発は、上述した四つの側面を、指導・研修プログラムを担当する医師によって意識的に考慮できるように構成されている。この「ハンドブック」の多くは、異業種間専門職教育（interprofessional education）やプリ・ホスピタルケア・プログラム（病院に運ばれてくる前の患者への医療措置に関するプログラムで、救急医らが中心となって実施される）などにおいて、ファシリテーターやメンターとなる医師を対象として作成されたものである。「ハンドブック」には例えば、アイス・ブレイキングに始まり、最後の学生による自己評価に至るまで詳細なプログラムの流れが示されたものもある。また、指導医研修プログラムの「ハンドブック」は、前半で教育学の理論的背景を整理し、後半では指導医が自らの教育・指導プログラムについて今までの経験を振り返りながら、これからのプログラムの計画ができる「ワークシート」形式となっている。

このように「ハンドブック」の開発は、従来、「その場限りのもの」であった医学／医療者教育に対して医師による意識的・計画的なアプローチを実現しようとする点で、画期的なものであると考えられる。

#### （４）医学／医療者教育における「解釈者（interpreter）」的役割とアウトサイド性

ここまでの検討から、非医療系教育学専攻者としてのGoodsmanの役割とは、「医学／医療者コミュニティ」の内側に身を置きながら、外側（アウトサイド）の視点、すなわち教育学の視点から、医学／医療者教育の実態を解釈し、ありのままに伝えたり、助言や提案をするなどして、コミュニティの質的向上に寄与しようとするものであるといえる。

Goodsmanの仕事では、特に「解釈者（interpreter）」としての役割が鍵である。彼女は、教育学の立場からエスノグラフィーの手法を用いて医学／医療者教育の実態を観察し、その特徴や課題についての「解釈」を提示する。その「解釈」は、日々医療実践を行う医師によっては気がつきにくい視点を示唆するものであり、指導医らの「行為についての省察」のためのリソースとなるのである。また、「行為についての省察」は、指導医のその後の教育実践の土台となるのであり、彼女の「解釈」は指導医への助言や提案にも反映される。

Goodsmanの論文及びインタビュー記録からは、この「解釈者」としての役割の遂行には、「アウトサイド性」が付随することが理解される。彼女の役割は、医学／医療者教育の内部にしながら、教育学の視点から臨床医学が見落としてきた人間理解の側面を言葉にして示すことにある。したがって、医師のもつ臨床医学における専門性を尊重しながら、それを内面化することなく教育学に足場を置く専門家として、医師にとって新鮮な視点を提示しつづけるべきではない。医学の世界にアウトサイドのまなざしを向け続けることこそ、複雑化・多様化する現代医療の要請に応え得る医師の育成には、重要なのである。（以上、柴原真知子）

#### ４ アウトサイダーの経験と役割② ―コミュニティ・ワーカーGeoff Wykurzの場合

##### （１）医学・医療の世界への参入の経緯

教会活動を起点にコミュニティ・ワーカーとしての経験を積んでいたGeoff Wykurzは、医学部の卒前教育の新しいカリキュラムに関わる依頼を受け、医学教育の世界へと入っていった。

まさに「アウトサイダー」として医学教育に関わることになった彼は、さまざまな「文化」の違いなどに葛藤を感じながらも、自らのアイデンティティを模索していった。本章では、"Entering a new culture - the challenges of working in medical education / a personal perspective from an outsider"<sup>29</sup>を参考に、彼の軌跡を追っていきたい。

Wykurzは医学校で働く前には、多くの人種が集まるロンドンのある地域で、コミュニティ・ワーカーとして働いていた。そこで人々の生活の質的向上のために必要なリリースの確保をサポートするのが彼の役割であった。彼が医学教育の世界に関わることとなったのは、コミュニティ・ワーカーとして培ってきた知識と経験が、医学教育において新たに始まるプログラムの施行に必要であると判断されたためであった。Wykurzは、コミュニティに基盤をおく新しい医学部(卒前教育)のカリキュラム(the Community Module)を担当するようにと依頼を受けた。この時点で、同モジュールはすでに医学部教育と歯学部教育を統合する特徴(feature)ある課程として設けられていた。ローカルコミュニティ組織との連携を調整し、モジュールを実際に担う人材が早急に求められていたのである。

## (2) コミュニティ・ワーカーの視点からみた医学教育の世界

ここでは、非医療系教育実践家としての具体的なWykurzの働きについて考えてみたい。

Wykurzはアウトサイダーとしてコミュニティ・ワーカーである自分のままで医学の世界に足を踏み入れ、医学を学ぶ学生の授業を受け持つこととなった。しかしそれまでWykurzが働いてきた世界と医学の世界には大きな文化の違いがあり、Wykurzは多くの戸惑いや悩みを抱えることとなった。また学生や医療関係者も彼の存在を容易に受け入れたわけではなかった。こうした双方の戸惑いの中で、Wykurzはコミュニティ・ワーカーとしての経験を医療教育の中でどのように活かしてきたのであろうか。

彼が担当したコミュニティ・モジュールは必須科目としてカリキュラムに位置づけられており、医学部と歯学部の1・2回生300人を対象とするものであった。Wykurzはこのモジュールの遂行を任されることとなった。彼はモジュールの内容に関してある程度裁量の自由を与えられており、コミュニティ・ワーカーとして培ってきた学習への経験と参加のアプローチを頼りに、モジュールを遂行していったのである。

モジュールの遂行に当たり、彼はコミュニティ活動や健康活動を行う非営利団体からチューターを採用し、彼らと共に取り組んだ。その内容としては、例えば1回生には健康に影響を及ぼす地域の環境や問題についての学習を用意し、2回生には若者向けのHIVやAIDSのリーフレットの作成や、子どもの血友病に関するデンタルケアの提案、あるいはソマリア難民のニーズ調査というように、チューターが用意したいくつかのプロジェクトに小グループで取り組む機会を与えるというようなものであった。このように、地域での生活に目を向けた学習とは、医学の世界では斬新なものであった。

Wykurzはアウトサイダーとして新しい物事の見方を促し、医療専門家が地域のニーズや環境について理解を深め、コミュニティ組織と協力できるようにしていくことが自分に期待されているのではないかと考えていた。そうした役割の中で特に彼が重視していたのは、患者と

「人として」向き合うという姿勢であろう。彼は地域の生活や環境という文脈で健康や病気を捉えるという新しい考え方を提示し、そのために学生が「人」と出会うことで、彼らがどこで生活をしているのかという視点を持ってほしいと考えていた。またそれによって、伝統的に「患者」と向き合う場となっている病院とは異なり、医師と患者の関係を互いの知識を尊重しあえるような関係に変えていこうとしたのである。

モジュールの遂行に関して何も参考にできるものがないまま、Wykurz はコミュニティ・ワーカーとしての経験を頼りに取り組んだ。しかしそこには当然、さまざまな困難や戸惑いが生じた。例えば、学生たちは何を目標しているのか、彼らの熱意を駆り立てるモチベーションは何であるのかということに対して、Wykurz 自身が十分に理解できていないことがあったという。あるいは、「コミュニティ」という言葉の意味にも違いがあった。彼は近隣の地域や民族という意味でのコミュニティについて、理解を深めてほしいという想いを抱いていたが、学生の考える「コミュニティ」は彼の考える「コミュニティ」とは異なるものであった。医学の世界では、それは医療サービスが提供される病院以外の場所を意味していたのである。このように、彼が医学の文化や言語に関して考慮が不十分、あるいは知識を持っていなかったことで、適切ではないアプローチを取ってしまった、学生のニーズとモジュールが提供する価値にずれが生じることもあったという。

こうした失敗を経験しながらも、Wykurz は熱意を持ってモジュールに取り組んだ。では、コミュニティ・モジュールを受けた学生はそこからどのような学びを得たのであろうか。ある学生は、地域や住民の課題について真の理解を得るためには、テキストに向かっているだけでは不十分であり、住民の立場に立つことが必要であると述べている。また他の学生は、患者は喘息や気管支炎の一症例ではなく、その患者の症状は住む環境、睡眠時間、収入、家族事情などによっても変わりうるのだということを学んだ、とコメントしている。

しかしモジュールは決して肯定的に受け入れられていたとはいえない。カリキュラムの抜本的な変化の中で新しいモジュールが設置されたことには、医学校の多くの人が戸惑い、この新しいモジュールは伝統的な医療教育に対する脅威であるとも言われたという。学生にとっては優秀な医師になるために多くの学問的知識を身に着けることや医師としての臨床スキルを身に着けることが重要なことであり、コミュニティに基づく医療へのアプローチは、軽視されたりその価値観を理解してもらえないこともしばしばあった。また他の教官からも、コミュニティ・モジュールが導入されたことで、解剖学や薬理学などの授業時間や教育予算が削減されたという批判を受けることがあったのである。

モジュールにおけるWykurzの重要な役割は、医学の世界に新しい視点を持ち込んだことであるだろう。患者と人として向き合い、地域生活の中で病気を捉えるという視点は、コミュニティ・ワーカーであるWykurz ならではのものであり、従来の医学にとっては新鮮なものであった。また彼はそのような捉え方をただ講義やテキストで紹介するのではなく、学生と共にやって見せた。地域の姿を見せ、学生が自ら考え、感じ、行動する中で学生自身が今まで持ち合わせていなかった視点を培っていくのをサポートしようとしたのである。

ここで注目すべきは、Wykurzが医学の世界に身をおきながらも、自身がアウトサイダーで

あるという意識を持っているという点である。彼は医学の世界に踏み入れてから、そこでの言語、文化、価値観などについての知識を得、医学や学生のニーズを理解し、共に働く仲間を探してきた。しかし彼は医学の文化に吸収されてしまったわけではなかった。

いったん医学の世界に仲間の一員として受け入れられると、そこに長くいるほど医療関係者と協力関係ができる一方で、馴れ合いの関係になったりチャレンジをやめて妥協してしまうというようになりリスクもある。しかし、医学の外側の人間でいることで、独自の展望を持ち、チャレンジし、変化を起こせるという強みを持つのだとWykurz は述べている。彼は医学における自身の位置づけを「訪問者」であり、「刺激物」とであるとしている。新しい土壌に足を踏み入れその世界に自分の居場所を築きながらも、常に外部からの眼差しを持ち続け、医学に役立つ新しい素材を提供し続けていくことが、アウトサイダーとしての重要な役割なのである。そして、その新しい価値観を内部の人間といかに共有し、協力を得ていくかということが彼らの大きな課題であるだろう。(以上、山口記世)

### (3)「アウトサイダー」としての関わり

次に、いわゆる「アウトサイダー」であるWykurz が医学教育に関わって行く際に、どのような心境の変化があったのかを考えてみたい。前述したように、Wykurz はコミュニティ・ワーカーとして働いており、そのバックグラウンドは医学の世界と馴染みのないものである。それではどのようにして彼は医学の世界で自らの役割を全うするようにしたのであるだろうか。医学の「世界」に入るにあたって必要であることは、この組織の中だけでは満たされることのないニーズと現実が何であるかを認識することである<sup>30</sup>。すなわち、「問題」が何であるのかを明確に言葉にすることであるとWykurz は述べている。

とにかく彼はコミュニティ・ワーカーとして培った経験を総動員することを決意した。その経験から導かれるものとは、差別に挑戦するために必要な価値観や原理、そして社会的正義を増進し、集団としての行動を促進し、ローカルコミュニティが持つ強さを利用するエンパワメント、そしてもう一つは省察的实践である。これらはコミュニティ・ワーカーとして働いてきたWykurz にとってユニークなものではないが、医学の世界での彼を支えるものであった。まずは自らの経験を頼りにして、医学教育の世界に入ったのである。

「医学の世界」に「アウトサイダー」が入るということは、そこに絶えず警戒することが必要であり、そして自らのバックグラウンドであるコミュニティをベースとしたアプローチを主張することと医学部の生徒たちに受け入れられることのバランスを保たなければならないとWykurz は述べている。例として、モジュールのセッションの曜日のことが挙げられている。コミュニティ・モジュールのセッションは金曜の午後に設定されていたが、これはユダヤ教やイスラム教の人々にとっては祈りの時間に当たる。コミュニティにはたくさんの人種や宗教徒がいるため、彼らへの配慮も必要である。しかし、そういったことが考慮に入れられてなかったのである。

Wykurzは医学の「コミュニティ」や「文化」の知識を全く持たず、いわば体当たりで医学の世界に入っていた。そして当然のごとく、たくさんの質問をしたという。そうして、自ら

の方向性を明らかにし、医学の世界の習慣や慣例に自分自身を慣れさせようとした。

「アウトサイダー」という言葉は、たとえば美術の世界では「アウトサイダー・アート」というように定着している。その多くの場合、教育や訓練を受けずして、美術の世界とは遠く離れたところで作られた作品がある時期に、美術の世界で評価をうけるというものである。この場合の「アウトサイダー」は「発見」されるのであり、その評価の文脈は美術の領域にある。

Wykurz の場合は依頼を受けたとはいえ、「発見」されたというよりもむしろ、「何とかしてほしい」と援助を求められた側面が強かったように思われる。彼のレポートを読む限り、医学の世界に入っていく中で、たくさんの「文化の違い」に直面したことが強調されているためである。

Wykurz はコミュニティにおける価値観を医学の世界に持ち込もうと努力した。新しいコミュニティベースのモジュールを開発するにあたっては、医療を専門とする人たちが、ニーズの理解、ローカルコミュニティへの関心、そしてコミュニティ組織とのパートナーシップの中で働くとはどういうことかの理解を深めることが必要だと考えたからである。そのために、彼は患者と「人として」向きあうという考え方を重視した。そして「人として」だけでなく、医学における様々なことを教えてくれる「教師」としてみなすことを提起した。

医学の世界では、伝統的に「患者は患者でしかあり得ない」とみなされてきたので、当然ながら医学生たちは戸惑った。ましてや患者を教師としてみなすことは、医師と患者のこれまでの関係の考え方を根底から変えるものである。Wykurzも、何もすべて外から持ち込んだ考え方を医学生に教え込もうとしたわけではないだろう。その証拠として、彼はなぜ医学生たちが拒否反応を示すのかを推量していた。医学生は医師になりたいというすさまじいまでの熱意を持っている。映画やテレビなどで描かれている医師像に憧れ、医学の道に進んだものの、膨大な知識を習得し、勉強しなくてはならない現実を知る。しかし彼らはそれが必要であることも同時に知っている。この苦しい状況の上に、さらにコミュニティ・ワーカーになるような勉強をしと言われて拒否しているのではないか。また患者を患者と見なすことが、医学の世界にいるという実感をもつことになって、それがモチベーションにつながるであろうということを推測していたのである。

Wykurz は、医学生にとって自分が教えることは受け入れにくいものであることは分かっている。しかし、患者を人として見なすことは、医学教育の「文化」からは逸脱しているかもしれないが、相克するものではないはずである。つまり彼は医学の世界にコミュニティの価値観を持ち込みながらも、医学の世界を拡張しようとしたのである。

Wykurz は医学の世界で「アウトサイダー」として奮闘しながら、医学の世界での経験を、同じような状況の人たちとシェアするようになっていった。そしてWykurz の仕事が評価されるようになってきたという。

Wykurz が医学の世界に入って奮闘しているときには、コミュニティワーカーとしての経験や文化といったものが彼自身の中にあり、彼を通して少しずつ形をなして出てきている。それが外部から認められることによって、一気に力を持つようになり、医学の世界に新しい変化をもたらす。もし、医学の世界と同じくらいのスケールの外部世界(=コミュニティ)が医学の

世界に迫ってきていたとすれば、そこには衝突しか生まれなかったであろう。しかし、Wykurz が「アウトサイダー」として医学の世界に入り込んだことによって、いわば内部から影響をもたらすようになった。後に彼は振り返って、自らの役割を「起爆剤」と例えている。

起爆剤が爆発し、変革をもたらしたとき、それまで「絶対的」であり、「すべて」であった世界が相対化される。このような医学の世界の相対化以前と以後では「アウトサイダー」の意味合いは変わってくる。「自分たち(ホスト文化)の世界とは違う、どこかから来た者」という「アウトサイダー」は、はっきりと「外部から来た者」という側面を強めていくのだ。つまり相対化された後、「アウトサイダー」は越境する者になる。こうして医学の世界にとって自らの位置づけが明確化された後、Wykurz は二つの文化を本当の意味で行き来できるようになったのである。

特筆できるのは、Wykurz が医学に関わり続けてきたとはいえ、自らはその世界の「市民(citizen)」にではないと言いきっている点である。そのコミュニティの市民権を得てしまっは、「アウトサイダー」としての役割は果たせなくなってしまうためである（以上、原摩利彦）。

## 5 まとめに代えて

本稿では、日英の医師および医学教育の現状と課題を踏まえつつ、イギリスの医学教育改革の中から生まれた非医療系の医学教育従事者の二事例を手がかりに、非医療系教育専門家の経験と役割を考察してきた。両国における医師をめぐる現状や諸課題には、共通する要素も多いとはいえ、その改革の方途や段階には、かなりの隔たりがあることが指摘される。両者はともに、「よりよき医師」の養成を目指した改革を志向するものであるが、日本では医師の養成制度や配置などに関わる「上からの」マクロな制度改革が先行しており、イギリスでは、現場の実践課題の具体的解決に重点をおく「下から」の発想による改革が顕著であると言える。

そしてこの「下から」の発想による改革の中核的なキーワードは、学習者主体の学部カリキュラム、専門職としてのより高度な省察を可能にする卒後研修、そして地域医療および患者とコミュニケーションの構築への実践力の広がりである。本稿では、教育学専攻者のGoodsmanとコミュニティ・ワーカーのWyrusという二人の経験と役割の考察を通して、このような改革が、非医療系教育専門家の参入によってどんな発展をもって展開されうるか、その可能性を探究した。これらの総合的な考察は、別稿に譲りたい（渡邊洋子）。

---

1 渡邊洋子・Danë Goodman・柴原真知子・平出敦「医学・医療教育は医師だけでするもの？」『週刊医学界新聞』2890号、2010年8月2日。

2 同。

3 エリオット・フリードソン『医療と専門家支配』、進藤雄三・宝月誠訳、恒星社厚生閣、2005年15頁。

4 中野進・山脇敬子『日本の医師—その表現学』、勁草書房、1994年、24頁。

5 近年、医療活動が高度化・複雑化する中で、チーム医療のニーズがますます高まり、欧米では異業種間専門職教育や異業種間コミュニケーションが重要視されるようになってきた。例えば、Marilyn Hammick et.al *Being Professional*, Polity, 2009.などを参照。

- 6 2010年12月12-16日に富士教育研修所で開催された。同ワークショップの目的は、「医師養成機関（医学部・医科大学、臨床研修指定病院等）において、指導的立場にある人材を対象に、それぞれが所属する施設や地域におけるファカルティ・ディベロップメント（FD）を企画・運営する能力を修得することとされた。[http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse\\_an\\_100818\\_ws.html](http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse_an_100818_ws.html)、2010年12月20日最終参照。
- 7 本稿では学部・大学院教育で教育学を専攻し、教育学の論文で博士学位を取得した場合を指している。
- 8 特定のコミュニティを足場として、住民とともに住民の視点に立ち、生活課題や地域課題の解決に協働的に取り組む中で、個々の地域住民の自己形成や地域の構成員としての主体形成、さらにはコミュニティの活性化を実現しようとするコーディネイターのような役割を担う職種。NGOやNPO などのスタッフである場合も多い。
- 9 なお、本稿は2010年度前期授業「継続教育論」における探究と議論を踏まえ、渡邊と受講者有志が共同でまとめたものである。全般にわたる共通テキストとして、『医学教育従事者の専門職研修に関する成人教育学的実践研究—教育学専攻者を中心に—』（研究成果報告書、平成19年度～21年度科学研究費補助金（萌芽研究）、研究代表者 渡邊洋子、課題番号 9653089、2010年3月、全232頁）を用いている。
- 10 平成21年『厚生労働白書』52頁。
- 11 Swanwick, T., 'See one, do one, then what? Faculty development in postgraduate medical education,' *Postgraduate Medicine Journal*, 2008, Vol.84,
- 12 1975年王立医学期教育規制調査委員会報告書。
- 13 Medical Act 1983, Section 5, (2)-(a)
- 14 『『医師キャリアの現代化』について』（[http://www.mmc.nhs.uk/medical\\_education/about\\_modernising\\_medical\\_care.aspx](http://www.mmc.nhs.uk/medical_education/about_modernising_medical_care.aspx), : 2011.1.03 accessed）を参照。
- 15 「明日の医師を育てる」（2003）の解説および翻訳として、次の文献を参照。渡邊洋子・柴原真知子「資料紹介・英国医事委員会『明日の医師を育てる—卒前医学教育への推奨事項』」、『京都大学生涯教育学・図書館情報学研究』第7号、2008年、および、英国医事委員会「明日の医師を育てる：卒前医学教育への推奨事項」（渡邊洋子・柴原真知子共訳）『医学教育従事者の専門職研修に関する成人教育学的実践研究—教育学専攻者を中心に—』所収。
- 16 2009年度版では、卒前医学教育の「基準」、続いてより具体的な評価項目、さらに（評価査定の際の判断材料となる）エビデンスがテーマごとに提示されている。各医学校、教育・研修担当諸機関、担当者がこれらの基準・項目に従って卒前医学教育の諸実践を行い、評価査定などがしやすいようにより一層配慮されていると言える。
- 17 1993年度「明日の医師を育てる」では、主要勧告の一つとして「好奇心、知の探究、エビデンスについての批判的評価を通して得られる学習は奨励されるべきであり、自己教育の可能性を確保するものであるべきである」と述べられた（General Medical Council, *Tomorrow's Doctors*, 1993, p.23）。
- 18 「自己主導型学習」とは、アメリカの成人教育研究者M・ノールズ（Malcolm Knowles）によって1970年代に提起されたものである。成人教育実践者でもあったノールズは自らの教育実践の経験から、当時講義中心であったアメリカ成人教育が学習者のニーズに必ずしも答えていない点を問題視し、フォーマルな学習場面での能動的かつ相互的な「学び方」とその援助の在り方を「自己主導型学習」として提起した。（M・ノールズ『学習者と教育者のための自己主導型学習ガイド—ともに創る学習のすすめ』（渡邊洋子監訳、明石書店、2005年参照））
- 19 General Medical Council, *Tomorrow's Doctors*, 2003, p.20.
- 20 *ibid.*, 1993, p.23.
- 21 *ibid.*, p.4.
- 22 *ibid.*, p.19.
- 23 *ibid.*
- 24 *ibid.*, 2003, p.33.
- 25 非医療系教育専門家については、渡邊洋子「医学教育において非医療系教育専門家が果たす役割とその意義」『京都大学生涯教育学・図書館情報学研究』第9号、2010年を参照。

- 26 小田博志『エスノグラフィー入門―現場を質的研究する』春秋社、2010、p.7。
- 27 松田素二、川田牧人編『エスノグラフィーガイドブック』嵯峨野書院、2002、p.10。
- 28 前掲書『医学教育従事者の専門職教育に関する成人教育学の実践研究―教育学専攻学を中心に―』  
p.164.
- 29 同前書 p.173―p.188.
- 30 同前、p.174.